

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

LINEA DI ATTIVITÀ: UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
GESTIONE RECLAMI/SEGNALAZIONI DEGLI UTENTI
Referente Reclami: dott. Tarquinio Desideri

SCHEDA SEGNALAZIONE/RECLAMO

NOME ESPONENTE

nato/a _____

abitante a _____

Indirizzo _____

Mail _____

COGNOME

il _____

Comune _____ Prov. _____

Tel. _____

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE:

Informativa sul trattamento dati personali

In riferimento alla normativa vigente, il/la sottoscritto/a è consapevole che la ASL Rieti, quale titolare, procederà al trattamento dei dati inseriti nel presente modulo solo per quanto necessario alla gestione del reclamo. Fatto salvo il caso di eventuale contenzioso, le segnalazioni raccolte saranno cancellate/distrutte in linea con quanto previsto dal massimario di scarto della ASL ovvero trasformate in forma anonima e utilizzate per sole finalità statistiche. Il conferimento è facoltativo, ma non indicare alcune delle informazioni richieste potrebbe rendere impossibile dare compiuto seguito e riscontro alla segnalazione. Chi inoltra il reclamo per terze persone espressamente dichiara di averne ricevuto opportuna delega assumendosene la responsabilità anche ai sensi dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000. L'eventuale indicazione nel campo destinato all'oggetto della segnalazione di dati appartenenti a categorie particolari (ad esempio dati relativi alla salute) costituisce manifestazione inequivocabile di assenso a che anche tali dati siano oggetto di trattamento per la richiamata finalità. L'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento 2016/679/UE scrivendo a dpo@asl.rieti.it. Si fa presente che, mediante la procedura di reclamo, nessuno può venire a conoscenza (nel rispetto della riservatezza dei malati) di informazioni di carattere clinico, o relative allo stato di salute di terzi, se non espressamente autorizzato per iscritto dall'interessato. Nel caso, la delega deve essere accompagnata da copia del documento di identità in corso di validità del delegante e del delegato.

Data _____

FIRMA DELL'UTENTE _____

Firma dell'operatore che acquisisce la segnalazione (Incaricato URP o Incaricato individuato presso le Direzioni delle Strutture Aziendali, territoriali ed Ospedaliera)

(Nome e Cognome in Stampato maiuscolo)

(Firma dell'Operatore)

Si ricorda che le segnalazioni acquisite all'interno delle Strutture aziendali debbono essere protocollate e trasmesse al Referente Gestione Reclami che provvederà ad attivare la prevista verifica interna. Le segnalazioni acquisite debbono essere sempre accompagnate da una copia del documento di riconoscimento del soggetto reclamante.